

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N°.....

THÈSE

POUR LE

289

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Madeleine-Louise POINCET

née le 9 mai 1913, à Nantes (Loire-Inférieure)

À propos de deux cas
d'hypertension artérielle
syphilitique

Président : M. AUBERTIN, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Madeleine-Louise POINCET

née le 9 mai 1913, à Nantes (Loire-Inférieure)

A propos de deux cas
d'hypertension artérielle
syphilitique

Président : M. AUBERTIN, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER ..	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD ...	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H)..	Physique.
DESOILLE ...	Médecine légale.
DIGONNET ..	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE.....	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN- TANO.....	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ...	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.
N... ..	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pharmacologie.
MARCHAL ...	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.



III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale. Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN....	Anatomie pathologique.

MM.

	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCC.	
CATHALA.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
DONZELOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
MOREAU		MOURE.	
LIAN.		QUÉNU.	
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.		Clinique obstétricale.
	ME TZGER.		
	PORTES.		
	VIGNES.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
N.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde affection et de ma gratitude.

A MES FRERES ET SŒURS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERTIN

*Professeur de Thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Necker*

*Qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur de présider cette Thèse.*

*Nous lui exprimons toute notre respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR URBAIN-MONNIER

Médecin assistant des Hôpitaux de Nantes

*Qui nous a inspiré le sujet de cette Thèse
et guidée de ses précieux conseils en témoi-
gnage de notre gratitude.*

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILLEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI LERAT
(*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICHAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL

MONSIEUR LE PROFESSEUR YVES BUREAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARONDEL

MONSIEUR LE DOCTEUR VIEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR GABRIEL SOURDILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGER

MONSIEUR LE DOCTEUR BENON

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOQUIEN

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLON

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle est un syndrome dont la pathogénie et l'étiologie sont souvent difficiles à établir en clinique. Nous avons eu l'occasion, récemment, d'observer deux cas qui ont été considérés comme des cas d'hypertension artérielle syphilitique. Il nous a semblé intéressant d'étudier, à cette occasion, le rôle de la syphilis dans ses rapports avec l'hypertension.

En raison de la prédilection avec laquelle la syphilis atteint le système cardio-vasculaire et le système nerveux, il est tout à fait naturel, *a priori*, de chercher à lui faire jouer un rôle dans une affection telle que l'hypertension artérielle.

Nous avons recherché dans la littérature, les opinions variées des auteurs qui se sont intéressés à la question. Nous avons noté une assez grande divergence de vues, entre des auteurs d'égale autorité.

Dans ce travail, il ne saurait être question d'apporter, par nos observations, une démonstration du rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'hypertension ; notre intention n'est que d'essayer de faire le point

sur un sujet qui présente un intérêt pratique indiscutable.

Cet intérêt est essentiellement thérapeutique. On conçoit le bénéfice que peut tirer un malade d'un traitement étiologique bien conduit et efficace.

Le traitement de l'hypertension artérielle par les médicaments antisypilitiques habituels a fait l'objet de nombreuses statistiques que nous envisagerons.

Nous considérerons tout d'abord les opinions émises jusqu'à ce jour, tant sur la fréquence de l'hypertension syphilitique que sur la complexité avec laquelle cette action se présente en clinique.

Nous ferons précéder l'étude clinique de quelques considérations sur la pathogénie générale de l'hypertension. L'aspect varié sous lequel l'hypertension artérielle se présente en clinique nous permettra d'envisager un certain nombre de formes cliniques :

— formes d'après l'origine : hypertension syphilitique d'origine rénale, cardio-vasculaire ou endocrinienne et sympathique ;

— formes d'après l'évolution :

hypertension artérielle maligne,

hypertension artérielle aiguë,

hypertension artérielle chronique ;

— formes suivant l'âge.

Le dernier chapitre sera consacré au traitement.

HISTORIQUE

Il n'est pas un auteur qui ne fasse de la syphilis un élément étiologique très important. La syphilis est la grande génératrice d'hypertension, comme le dit Pellissier, aussi bien dans les hypertensions associées à des lésions organiques aortiques, artérielles et même rénales, que dans l'hypertension dite essentielle.

C'est Pal, le premier, qui en parla dans son livre, *Die Gefäss Krisen*, en 1905, et observa que les crises gastriques tabétiques « étaient précédées d'une grande élévation de la pression sanguine qui atteignait 50 et même 100 % de la pression sanguine normale ». Ces travaux furent confirmés par les recherches de Heitz et Norero (1908), Lewellys Barker (1909), Claude et Cotoni (1911), et, plus récemment, par Bricourt, Gallavardin, Laubry, Donzelot, Etienne, Dumas, Froment et Mercier.

On peut citer les statistiques suivantes où son rôle est apprécié dans les hypertensions associées à une néphrite et d'autre part dans les hypertensions sans néphrite concomitante.

1° HYPERTENSION AVEC NÉPHRITE :

Heitz : 18 syphilis sur 107 hypertendus ;

Fiessinger : 32 % ;

Letulle et Barjon : 26 % ;

Etienne : 63 % ;

Finck : 37 cas sur 39 ;

Mac Lester : 17 %.

Brin et Giroux parlent d'un taux élevé, mais ne donnent pas de chiffres.

2° HYPERTENSION SANS NÉPHRITE :

Stoll : 45 syphilitiques sur 50 hypertendus ;

Castaigne : 17 cas sur 28.

Gallavardin admet que la syphilis est la grande cause : « La syphilis, dit-il, est fréquemment trouvée quand il y a une néphrite associée ; elle l'est, de même, dans ces hypertensions sans signes rénaux nets et qu'on nomme pourtant, avec Widal et Pasteur Valéry-Radot, des « néphrites hypertensives ». Dans les hypertensions isolées, le même auteur admet l'existence d'une néphrite hypertensive latente en se fondant sur la ressemblance clinique. Lian et Finot pensent que, si toute hypertension ne doit pas être tenue systématiquement pour syphilitique, c'est la syphilis qu'on doit d'abord et avant tout rechercher.

Bonnot, dans sa thèse sur les modalités de la tension artérielle chez les syphilitiques, signale la nature syphilitique de nombre d'hypertensions solitaires, mais ne fournit pas de statistiques person-

nelles. La statistique de Vaquez n'est pas très significative à ce sujet, puisque sur 1.000 hypertendus, 128 seulement étaient syphilitiques.

L'hypertension solitaire a été beaucoup moins étudiée. La première étude d'ensemble a été faite en 1924 par Dumas, de Lyon, qui, après avoir séparé des types cliniques, proposa une explication pathogénique. Génévrier et Brenniel, en 1925, ont montré que, chez les enfants, l'hérédo-syphilis pouvait être à la base de l'hypertension artérielle. Pellissier, en 1927, dans un ouvrage devenu classique, trouva 18 syphilis avouées (9 hommes et 9 femmes) sur 60 cas présentés.

Pour lui, il n'y a pas de preuve formelle d'une forme syphilitique de l'hypertension solitaire : la syphilis peut être accusée de créer des hypertension pures, mais sans doute « moins souvent qu'on ne le dit » et il n'est pas prouvé que syphilis et hypertension soient, quand elles coexistent, liées par relations de cause à effet. Toinon, dans sa thèse, aboutit aux mêmes conclusions.

Enfin, depuis quelques années, un certain nombre de recherches en vue d'individualiser une hypertension moyenne primitive, syndrome décrit par Vaquez et Gomez sous le nom d'hypertension moyenne solitaire, ont été entreprises.

Aucun des auteurs qui se sont attachés à cette étude : Gallavardin, Dumas, Cordier et plus récemment Donzelot et Kisthinos, n'ont mis en valeur l'étiologie syphilitique.

ÉTIOLOGIE

Renault, à la *Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres*, après avoir montré l'importance de la syphilis dans la pathogénie des hypertensions artérielles, met en évidence les divergences d'opinion montrées par les auteurs.

En effet, comme nous l'avons signalé, tous n'accordent pas la même valeur à la syphilis dans la pathogénie et l'étiologie de l'hypertension artérielle.

Il est vrai que la syphilis est une affection fréquemment rencontrée, même chez des sujets non hypertendus. C'est ce qui fait dire à Hodanger, dans sa thèse : « Si l'on étudie attentivement les cas, on voit que, parfois, la logique veut que l'on attribue à la syphilis le rôle provocateur de l'hypertension, mais, dans bien d'autres cas, il ne paraît pas prouvé qu'il y ait rapport entre l'hypertension et la spécificité. »

De plus, toutes les formes de spécificité sont-elles, au même degré, facteurs d'hypertension et entrent-elles pour la même part dans les statistiques publiées ?

Il semble que l'hypertension soit une manifestation tardive de la syphilis. D'après Toinon, elle ap-

paraît au plus tôt 15 ou 20 ans après le chancre. On la voit coïncider avec les manifestations de la troisième période de l'infection. Le plus souvent, il s'agit de malades n'ayant pas été traités ou dont le traitement a été incomplet ou mal conduit, ce qui, chez un syphilitique, offre plus de dangers que l'absence de traitement.

Quelques observations ont cependant été publiées, montrant des malades entre 20 et 30 ans, porteurs de stigmates cutanées spécifiques secondaires.

Dumas trouve une hypertension à 18 1/2 - 10 chez un jeune homme de 28 ans, Milian chez une jeune femme de 24 ans.

Pellissier, dans sa thèse, cite le cas d'un malade dont l'hypertension fut découverte par hasard en pleine période secondaire.

Il nous faut maintenant envisager l'hérédo-syphilis dont la fréquence ne se discute plus, et c'est l'avis de Laubry que la syphilis héréditaire, plus que la syphilis acquise, joue un rôle étiologique de premier ordre dans l'hypertension. Stoll en a relevé un grand nombre de cas et Génévrier a décrit une forme d'hypertension pure chez les enfants, qui doit être considérée comme relevant de l'hérédo-syphilis.

Mais il faut bien savoir que déceler la syphilis n'est pas toujours facile et qu'il existe nombre de syphilis ignorées dont nous ne pouvons jamais faire la preuve.

Si l'existence d'un Wasserman positif nous donne l'affirmative, par contre, des réactions sérologiques

négatives n'impliquent pas forcément une absence de syphilis puisque Levaditi et Latipie ne trouvent de réactions positives que dans 40 à 50 % des cas.

C'est ce que met en évidence l'observation de Marcel Pinard et Mlle Corbillon, qui nous présentent une hypertendue de 27 ans, à sérologie négative, mais chez laquelle la syphilis est évidente par les antécédents et par les accidents successifs de la gestation.

On voit, dans cet exemple, qu'il faut s'attacher à déceler la spécificité, même si elle est bien cachée. La descendance du malade doit être, à cet effet, étudiée de près, ainsi que les signes de syphilis héréditaire, tels que dents d'Hutchinson, tubercules de Cabarelli, absence d'appendice typhoïde, etc...

Les mêmes soins seront apportés dans la recherche de la syphilis déjà ancienne ; 10 à 20 ans après le chancre, le Bordet-Wasserman peut fort bien être devenu négatif.

Si le malade ne consent pas à avouer ou ignore sa spécificité, si on ne décèle rien d'anormal dans sa descendance, il paraît difficile de mettre en évidence une étiologie syphilitique ; on recherchera alors une cicatrice de chancre, on pratiquera un interrogatoire minutieux. Souvent, et surtout chez la femme, on ne pourra pas acquérir de certitude.

Au point de vue de la formule sphgmomanométrique, différents cas peuvent se présenter.

1° L'hypertension porte sur la maxima ; la minima restant basse, la tension différentielle est élevée. Tension à 22-11 par exemple.

L'examen révélera le plus souvent des signes cardiaques d'insuffisance aortique à forme polyscléreuse, comme l'a dit, en 1932, P.-N. Deschamp dans un article :

« La syphilis et l'athérome résument presque complètement l'étiologie des aortites chroniques. »

Elle a également une part importante dans l'étiologie des aortites aiguës.

Amblard, dans un article paru dans la *Presse Médicale* (12 mai 1923), montre comment l'insuffisance des valvules aortiques crée l'hypertension de la maxima sans élever la minima. Il distingue, dans l'insuffisance aortique, deux cas, suivant que la minima est légèrement au-dessous ou légèrement au-dessus de la normale, et il conclut : « La constatation d'une hypertension minima chez un aortique est donc, à notre avis, la signature de la maladie causale : la syphilis. » Le plus souvent, il s'agit de syphilis acquise et ancienne; on peut cependant avoir affaire à une syphilis héréditaire. Il faut reconnaître que cette hypothèse est restée jusqu'ici parfaitement théorique, le chiffre normal d'une minima étant difficile à préciser et pouvant être prétexte à discussions.

2° L'hypertension porte à la fois sur la maxima et sur la minima : tension : 21-16.

Pour certains, le facteur rénal interviendrait ici, le plus souvent, et on trouverait avec une grande fréquence la syphilis comme facteur causal de certaines néphrites hypertensives. Cette notion est de date

plus récente que celle d'aortite syphilitique, mais a pris une grande extension.

Actuellement, surtout chez les auteurs lyonnais, on a de la peine à séparer, au point de vue étiologique, deux affections si fréquemment associées cliniquement et on préfère envisager l'existence d'une néphro-aortite syphilitique.

« L'extrême fréquence, dit Gallavardin, de la néphrite chronique hypertensive au cours de l'aortite syphilitique est une notion courante. Il serait puéril de prétendre que les plaques gélatiniformes, l'ectasie aortique concomitante, sont des lésions spécifiques et que la néphrite est d'ordre banal. N'est-il pas évident, au contraire, que tout est syphilitique, la néphrite comme l'aortite, et n'est-il pas légitime de désigner cette association morbide si connue sous le nom de néphro-aortite syphilitique ? »

3° La tension maxima reste relativement normale, mais la tension moyenne est augmentée, il y a hypertension moyenne.

Nous n'avons retrouvé cette forme d'hypertension moyenne ni dans les travaux de Vaquez et Gomez, ni dans ceux de Kisthinos et Donzelot. Aussi, nous ne la citons que pour mémoire.

4° C'est la tension minima qui est élevée, la tension maxima restant à des chiffres qui paraissent normaux : il ne s'agit plus d'hypertension, mais d'un signe de défaillance cardiaque.

Envisageons les cas de syphilis nerveuse et nous verrons apparaître au milieu des signes neurologi-

ques qui dominent le tableau clinique, un syndrome d'hypertension artérielle fréquent. Il n'en faut pour preuve que les ascensions que subit la tension au cours des crises gastriques du tabès. Bascourret a étudié très en détail la tension artérielle chez les tabétiques :

« Les grosses hypertensions, écrit-il, sont fréquentes dans le tabès, les grandes hypotensions n'existent probablement pas. »

Tous les types tensionnels peuvent se rencontrer.

Enfin, il ne faut pas oublier que, depuis la thèse de Pellissier, la notion d'hypertension artérielle solitaire est devenue classique.

Dans les cas où les malades sont uniquement des hypertendus et des syphilitiques, on sera naturellement particulièrement tenté d'attribuer l'hypertension à la syphilis. Il semble bien que très souvent on soit dans le vrai : « Le seul cas que nous ayons observé où la spécificité semblait seule en cause était aussi le seul à avoir des fonctions rénales absolument normales. La malade, en outre, ne se plaignait d'aucun trouble fonctionnel, et c'était à l'occasion d'une épistaxis unique qu'on avait découvert l'hypertension. »

PATHOGÉNIE

Rien n'est plus complexe que la pathogénie de l'hypertension artérielle. Elle a donné et donne encore lieu à de multiples discussions. En effet, la tension artérielle, créée par l'impulsion cardiaque est sous la dépendance de facteurs très variés, élasticité des vaisseaux, résistance des capillaires, dont les modifications échappent souvent à nos moyens d'investigation.

Parmi toutes les théories émises à ce sujet, la théorie rénale occupe la place la plus importante. C'est la conception de Widal, à laquelle on s'est longtemps rallié, considérant toute hypertension comme l'indice d'une néphrite, parfois latente. Depuis, tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il existe des hypertensions d'origine extra-rénale. Le cœur et les vaisseaux qui interviennent directement dans le maintien de la tension sont eux-mêmes sous la dépendance de centres nerveux et de sécrétions endocriniennes (système chromaffine de Vaquez). L'hypertension ainsi créée pouvant, du reste, retentir secondairement sur le rein.

On peut donc, actuellement, énoncer de la pathogénie de l'hypertension artérielle trois théories :

- théorie rénale,
- théorie cardio-vasculaire,
- théorie neuro-hormonale.

THEORIE RENALE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

La fréquence des lésions rénales chez les hypertendus suffirait à elle seule à justifier une hypothèse rénale de l'hypertension.

D'autre part, les expériences de Katzenstein, en 1905, de Senator en 1911, et plus récemment celles de Goldblatt et de Loesh, ont mis en évidence la possibilité de reproduire par ischémie rénale la néphrite hypertensive. Par striction incomplète de l'artère rénale, ces auteurs ont obtenu des troubles définitifs qui ne se produisaient par striction d'aucune autre artère et sans participations surrénale ou nerveuse.

P. Vallery-Radot, Blondin, Israel et Cachin, pratiquant sur des chiens des expériences analogues à celles de Goldblatt, ont pu constater, après les avoir sacrifiés, « des lésions de sclérose rénale, intéressant particulièrement les glomérules et au second plan, les artérioles et le tissu interstitiel ». « Il est donc très vraisemblable, ajoutent-ils, que l'ischémie rénale n'agit qu'indirectement en provoquant une néphrite chronique.

Dans l'ensemble, on peut considérer qu'il existe deux processus permettant au rein de créer l'hypertension, l'un mécanique formé par l'atteinte du parenchyme rénal, l'autre consistant en la rétention de produits pathologiques, vaso-constricteurs hypertensifs.

THEORIE CARDIO-VASCULAIRE

Il est difficile de mettre réellement en évidence un rôle important du cœur sur la tension artérielle, car il n'est guère d'affections cardiaques qui s'accompagnent obligatoirement d'hypertension artérielle.

Cependant, au cours de l'hypertension, il n'est pas rare que l'examen du cœur révèle des troubles cardiaques : hypertrophie du ventricule gauche, bruit de galop. Mais sont-ils la cause ou la conséquence de l'hypertension ? Plus nette est certainement l'action des lésions artérielles, qu'elles portent sur les grosses artères ou sur les artérioles.

Athérome des artères et lésions d'artérite créent un barrage périphérique qui nécessite une impulsion cardiaque plus énergique et donnent lieu mécaniquement à l'hypertension.

L'origine cardio-vasculaire peut encore être invoquée dans l'hypertension par insuffisance aortique pure ou par aortite chronique, surtout quand cette hypertension porte sur la maxima.

THEORIE NEURO-HORMONALE

Décrite sous ce terme dans un article du *Journal Médical Français* (février 1939) par Riser et Becq qui ont insisté sur l'importance extrême du système nerveux dans le maintien de l'équilibre cardio-vasculaire (tonicité cardiaque et tonicité artério-capillaire).

Au même titre que les centres nerveux, les centres glandulaires mettant en circulation, en quantités trop faibles, les substances hypotensives et surtout en trop grande quantité les substances hypertensives, jouent un rôle direct.

Cette théorie a été émise en 1913 par Josué qui pratiquait des injections d'adrénaline dans les veines du lapin; puis soutenue par Vaquez.

Depuis, de nombreux faits expérimentaux et anatomo-cliniques sont venus l'appuyer, telles les expériences d'anastomose surrénal-jugulaire de Tournade et Chabrol.

Toutes ces expériences tendent à mettre en évidence l'existence d'une hypertension d'origine uniquement endocrinienne par tumeur ou hyperplasie surrénale.

D'autres glandes peuvent du reste intervenir dans cette hypertension endocrinienne : l'hypophyse par exemple, mais la place la plus importante restant toujours à la surrénale.

Les preuves abondent à l'appui de cette théorie. Nous ne citerons que l'association de l'hypertension

et de certaines maladies évidemment endocriniennes (hypertension et hyperglycémie) et surtout les succès nombreux et probants obtenus dans le traitement de l'hypertension par la chirurgie surrénalienne et sympathique (Leriche).

ETUDE CLINIQUE

Mettant à part les crises paroxystiques qui s'établissent en quelques heures et disparaissent de même, nous envisagerons, comme type clinique, l'hypertension syphilitique chronique. Un certain nombre de signes sont habituels chez tous les hypertendus, d'autres sont particuliers et établiront le diagnostic d'hypertension artérielle syphilitique.

DEBUT

Si le début peut être extrêmement rapide dans les cas d'hypertension aiguë ou dans les crises paroxystiques survenant sur un fond d'hypertension habituelle, par contre, dans la majeure partie des cas d'hypertension chronique, il est lent et progressif.

L'hypertension peut rester latente pendant de longues années et ce n'est que peu à peu que le malade voit apparaître des signes fonctionnels qui finissent par l'inquiéter et le décident à consulter.

Il semble cependant que le début soit plus rapide lorsque l'hypertension frappe un individu jeune, au cours d'une syphilis acquise et récente.

Hodanger, dans sa thèse, cite un malade de 18 ans qui, quelques mois après un chancre non traité, présentait une hypertension à 18 1/2-12 et « chose intéressante, ce malade avait été examiné quelques mois avant par son médecin, pour une assurance-vie, et sa tension était de 13-8. Sous l'influence du traitement la tension retomba peu à peu à la normale ».

Langeron cite une hypertension « d'installation brusque et de caractère irréductible chez une syphilitique ».

SIGNES FONCTIONNELS

Un certain nombre de troubles révélateurs éveillent l'inquiétude du malade; suivant les cas prédominent des signes nerveux, des signes sensoriels, de la dyspnée.

a) LES SIGNES NERVEUX sont caractérisés par :

— des *céphalées*, plus ou moins intenses; c'est un des signes les plus communs et les plus précoces. Elle est, soit frontale, soit, et c'est le cas le plus fréquent, occipitale, prédominant le matin au réveil.

Elle peut ne se manifester que par la lourdeur ou la sensation de vide dans la tête avec tendance au sommeil.

Elle peut aussi prendre l'allure d'une véritable migraine avec laquelle il ne faudra pas la confondre.

— des *insomnies*, surtout fréquentes chez les jeunes malades, sujets à des crises paroxystiques.

Parfois l'attente seule de la crise maintient le malade éveillé.

La céphalée enfin est à elle seule une cause capable de créer l'insomnie.

b) LES SIGNES SENSORIELS sont essentiellement :

— *des troubles oculaires* : légers brouillards, mouches volantes, points brillants dans le champ visuel pouvant aller jusqu'à l'hémianopsie et l'amaurose.

Ces troubles sont en général transitoires.

— *des troubles auditifs* consistant en des bourdonnements d'oreille et des petits accès de vertige n'allant jamais jusqu'au vertige important du type Ménière.

c) DYSPNÉE pénible et fréquente, s'accroissant par la fatigue, la marche, la montée d'un escalier. Elle existe en dehors de tous les signes d'insuffisance cardiaque, liée dès lors à l'hypertension.

C'est un des signes qui inquiètent le plus le malade, le rendant souvent inapte à son travail et l'obligeant au repos.

d) Enfin parfois, le malade accusera des palpitations, des extrasystoles, apparaissant à l'occasion d'émotions, d'effort, de contrariétés; des douleurs précordiales irradiées vers l'épaule, présentant des paroxysmes, parfois même des douleurs à type angineux.

EXAMEN DU MALADE

Les signes les plus importants sont fournis par l'état de l'appareil cardio-vasculaire et des reins.

1. - FORMULE SPHYGMOMANOMÉTRIQUE.

Nous avons affaire à un hypertendu. Cette hypertension pouvant porter suivant les cas sur la maxima et la minima quand l'hypertension se trouve accompagnée d'une aortite ou d'une néphrite. Nous envisagerons ces différences au chapitre des formes cliniques.

Il faut bien savoir que les chiffres de la tension artérielle varient beaucoup avec les différentes méthodes d'exploration employées; ces chiffres restant toujours imparfaits et ne correspondant pas à la tension intra-artérielle véritable (Gallavardin).

« La seule méthode, nous dit Bascourret, qui nous paraisse se rapprocher des conditions optima est celle de Riva-Rocci ; encore n'est-elle pas parfaite, car il faut faire entrer en ligne de compte, dans les appréciations palpatoires de la pulsation, l'épaisseur variable des tissus environnants. »

Avec ces appareils, on obtient normalement une tension maxima variant entre 12,5 et 14 cm. de mercure.

Avec l'oscillomètre de Pachon, le chiffre normal est plus élevé de 1 cm. de Hg, même en utilisant le double brassard de Gallavardin.

Les tensions minima, par contre, restent sensiblement les mêmes, quel que soit l'appareil employé : 8 à 9 cm. de Hg. Ces chiffres, du reste, ont une valeur très relative, car ils dépendent, chez un même sujet, d'un certain nombre de conditions physiologiques qui les rendent très variables : conditions d'âge, de sexe, de travail ou de repos.

Cependant, on peut considérer une tension artérielle comme pathologique lorsque la maxima atteint 16 ou 18 à l'appareil de Vaquez et lorsque la minima dépasse 10. Ces deux chiffres peuvent suivre une ascension parallèle, c'est le cas des hypertensions solitaires, ou être dissociées.

Toutes nos tensions ont été prises avec l'appareil de Vaquez.

2. - EXAMEN DU CŒUR.

Le plus souvent l'examen du cœur ne révèle rien d'anormal. L'augmentation des chiffres tensionnels restant la seule manifestation de l'affection.

En particulier, dans les cas d'hypertension artérielle solitaire ni l'auscultation ni la radio ne laisseront supposer une atteinte quelconque du cœur.

Cependant parfois on pourra noter :

— une augmentation de l'aire cardiaque portant spécialement sur le ventricule gauche;

— une tachycardie légère;

— un second bruit aortique accentué;

parfois un souffle diastolique d'insuffisance aortique signant l'origine de l'hypertension artérielle.

3. - EXAMEN DES REINS.

Ces malades étant des polyscléreux, il sera fort rare de ne pas trouver des troubles plus ou moins accusés de la fonction rénale. On pourra les préciser à l'aide de la constante d'Ambard, de l'épreuve de la phénolphtaléine, de l'épreuve de l'eau.

4. - EXAMENS DE LABORATOIRE.

Avant tout il faut rechercher dans le sang la réaction de Bordet-Wasserman. Nous avons vu qu'il s'en faut de beaucoup qu'elle soit toujours positive.

On concevra que le B.-W. dans le sang ne donnant pas de précisions suffisantes, d'accord avec Guy Laroche, Léchelle, Marcel Pinard, il sera judicieux et souvent indispensable de savoir s'il y a également poussée évolutive dans le domaine neurologique. Dans ces conditions, afin d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic de syphilis il sera nécessaire de faire une ponction lombaire et de rechercher dans le liquide céphalo-rachidien non seulement la lymphocytose mais simultanément le Bordet-Wasserman et le benjoin colloïdal.

COMPLICATIONS

Les hémorragies : fréquentes et extrêmement variées, elles peuvent consister en épistaxis : rarement très importantes et qu'il faut respecter.

Les hémoptysies et hématomèses sont rares. Les hématuries et métrorragies un peu plus fréquentes.

Mais on observe surtout l'hémorragie cérébrale qui revêt souvent une forme brutale et foudroyante.

COMPLICATIONS CARDIAQUES.

Caractérisée par l'insuffisance cardiaque qui est la terminaison habituelle de l'affection.

Tantôt elle s'installe brusquement chez un malade qui paraissait bien supporter son hypertension, tantôt elle apparaît insidieusement progressivement, atteignant successivement le cœur gauche et le cœur droit.

Un traitement spécifique peut prévenir cette asystolie terminale; il doit être instauré le plus tôt possible quoique Sédillot affirme dans un article du *Monde Médical* que « même à la veille de la mort du malade, le traitement spécifique intensif peut donner un résultat ».

D'abord les troubles que nous avons signalés plus haut s'accroissent, la céphalée devient rebelle à tous les analgésiques, la dyspnée est continue et douloureuse : dyspnée de decubitus et dyspnée *sine materia*. Des crises angineuses viennent effrayer le malade.

L'examen de la tension artérielle montre que la maxima s'abaisse tandis que la minima s'élève; cette hypertension décapitée est du plus mauvais pronostic. Si l'on voit le malade à ce stade, il sera difficile de deviner l'hypertension primitive. C'est le cœur camouflé de Vaquez et Donzelot.

A l'auscultation, la tachycardie s'accroît, les extra-systoles sont de plus en plus nombreuses.

On peut alors entendre :

soit un bruit de galop présystolique;

soit un petit souffle d'insuffisance mitrale tandis que les signes fonctionnels vont en s'accroissant et le malade meurt par asystolie à moins qu'une crise d'angor ou d'œdème aigu du poumon, ou bien encore une syncope mortelle ne vienne hâter la fin.

COMPLICATIONS RÉNALES.

Bien décrites par Widal qui s'est particulièrement attaché à montrer les rapports des reins avec l'hypertension. Souvent, surtout dans les cas où la lésion rénale avait précédé l'hypertension, c'est de sa néphrite que mourra le malade.

Si l'hypertension peut parfois évoluer sans léser le rein, le plus souvent le malade signale de la pollakiurie, on trouve des traces d'albumine dans ses urines.

Peu à peu ces troubles s'accroissent.

Le taux de l'albumine et l'urée sanguine augmentent, les épreuves de polyurie provoquée et de la phénolsulfoné-phtaléine sont de moins en moins satisfaisantes. La constante d'Ambard s'élève.

Le taux de l'urée sanguine s'élève également, on connaît les lois établies par Widal pour déterminer le pronostic de l'urémie. Cette urémie avec 3 ou 4 gr. et même davantage d'urée sanguine est la terminaison habituelle d'une hypertension ainsi compliquée.

COMPLICATIONS GÉNÉRALES.

Enfin, si l'une des deux causes précédentes n'entre pas en jeu, le malade hypertendu et atteint de lésions artérielles généralisées peut subir une dénutrition progressive qui l'amènera à la mort par cachexie.

Mais de tous ces symptômes un petit nombre prédomine, chez chaque malade, car l'hypertension est une affection qui se présente souvent avec un nombre très restreint de signes.

Nous devons donc décrire un certain nombre de formes cliniques qui se rapprocheront davantage des types de malades observés.

FORMES CLINIQUES

I. - D'APRÈS L'ORIGINE

I.) HYPERTENSION SYPHILITIQUE D'ORIGINE CARDIO-VASCULAIRE.

On sait la fréquence avec laquelle le tréponème se fixe sur le système cardio-vasculaire. Tout le système artériel peut être lésé sans qu'on trouve, au point de vue cardiaque, de symptômes probants. Peut-être ces cas sont-ils l'explication de certains cas d'hypertension solitaire.

AORTITE SYPHILITIQUE.

Parfois aussi l'aorte est atteinte. L'aortite syphilitique est d'une très grande fréquence, surtout l'aortite chronique; Etienne considère que 80 à 85 % des aortites chroniques sont d'origine syphilitique.

L'aortite syphilitique s'établit chez des syphilitiques anciens 15 ou 20 ans après le chancre. Cette règle n'a cependant rien d'absolu et nombreuses sont les exceptions publiées. Fournier et Letulle, Laubry et Marre en ont observé plusieurs un an après le chancre. Etienne en signale trois cas.

De même on peut observer chez des jeunes gens des lésions d'aortite que l'on est obligé de rattacher à l'héréco-syphilis dont ils portent les stigmates. Lévy-Frankel en a publié cinq observations à l'autopsie d'enfants mortels.

Cependant c'est à la syphilis acquise que l'on doit faire jouer le plus grand rôle dans cette affection.

Au point de vue clinique on se trouve en présence d'une symptomatologie riche; les signes fonctionnels: douleur, dyspnée, céphalées sont particulièrement intenses. Le malade est pâle, à temporales sinueuses.

La palpation permet de sentir dans le creux sus-sternal l'aorte ou les sous-clavières surélevées.

Le cœur est hypertrophié, en particulier la matité aortique peut déborder le bord droit du sternum.

A l'auscultation on entend le souffle diastolique rude et rapeux de l'insuffisance aortique souvent accompagné d'un souffle systolique.

Le pouls est dur, brusque, fuyant sous le doigt.

Enfin, si la tension est parfois normale, comme l'ont montré Gallarvadin et Vaquez, le plus souvent il y a hypertension avec maxima élevée et minima basse. Quelquefois cependant, la minima sera plus haute; nous avons vu que pour Amblard cette élévation de la minima est un signe révélateur de la syphilis.

Notons encore que dans les aortites postérieures thoraciques ou abdominales, Teissier a décrit une différence entre les tensions maxima prises à la pédieuse et à la radiale. Tous les auteurs n'admettent

pas ce signe comme traduisant une lésion étendue de l'aorte. Pourtant Laubry, Mougeot et Walser nous disent : « Nous avons acquis la conviction que, chez les sujets normaux, les tensions systolique et diastolique, mesurées au cou de pied et à la radiale sont les mêmes. Dans le cas où nous avons constaté une hypertension maxima relative à la pédieuse, ce signe nous a toujours paru être en rapport avec des lésions d'aortite postérieure, de type scléreux. »

Lorsqu'un placard athéromateux rétrécit le calibre d'une artère un peu au-dessous de l'origine des iliaques, on peut observer le phénomène inverse (Heitz).

Quant à la présence sur un point de l'aorte d'une poche anévrysmale, elle ne semble pas influencer beaucoup la tension artérielle. Quand elle siège entre le tronc brachio-céphalique et la sous-clavière gauche on peut cependant noter une différence entre les tensions des deux humérales.

Lorsque cette poche atteint l'aorte abdominale, l'asynchronisme radio-fémoral pourra nous aider dans le diagnostic. « Il doit être considéré, dans l'énorme majorité des cas, comme la traduction d'une aortite postérieure avec diminution de l'extensibilité (par sclérose aortique) lorsqu'il y a précession fémorale, augmentation de l'extensibilité (par poche anévrysmale) en cas de précession radiale. »

Enfin, l'examen d'un malade atteint d'aortite syphilitique sera utilement complété par la recherche des signes radiologiques. Bordet et Vaquez les ont étudiés

avec soin. Ils consistent essentiellement en une augmentation du diamètre aortique en position oblique à laquelle s'ajoutent souvent des ombres périaortiques traduisant la médiastinite concomitante. Pour Heitz il y a deux types d'images radiologiques : « ou bien la crosse se montre à la fois élargie et allongée avec augmentation de tous les diamètres, la teinte générale est alors plutôt pâle et les battements assez énergiques. Mais dans une proportion importante des cas, disent Vaquez et Bordet (et mes constatations concordent avec les leurs), les dimensions aortiques sont restées presque normales : le diamètre transverse ou frontal n'est qu'à peine supérieur à la moyenne. Seul l'hémicercle gauche est élevé et plus délordant qu'à l'habitude, les contours sont sinueux, l'opacité nettement augmentée, les battements à peu près absents (tous caractères qui traduisent l'épaississement des parois) ».

2.) HYPERTENSION SYPHILITIQUE D'ORIGINE RENALE.

Après Rayer, un grand nombre d'auteurs se sont attachés à établir des relations entre les lésions rénales d'une part et l'existence d'une syphilis de l'autre.

Descout dans sa thèse (1898), Balzer, Lian ont consacré des articles à cette question.

Merklen et Heuyer, dans la *Presse Médicale*, étudient longuement les troubles de la néphrite sèche syphilitique. Les néphrites hypertensives sont rares dans l'enfance. Cependant Bibent et Pierre Bezy

signalent un cas où le traitement spécifique a amené la guérison.

Peut-être certains cas d'albuminurie de l'enfance peuvent-ils lui être imputés ?

Mais ces cas de néphrite hypertensive par hérédosyphilis sont peu nombreux et c'est généralement à la syphilis acquise qu'est imputable la néphrite. On les voit à la période secondaire ou à la période tertiaire de la syphilis. Toutes les formes de néphrite peuvent se rencontrer. Le plus souvent, il s'agit d'une néphrite urémigène avec les petits signes de Dieulafoy, un syndrome urinaire (polyurie claire), des troubles considérables des fonctions rénales. Toutes les épreuves habituelles destinées à établir le bilan rénal se montrent déficientes. Il est extrêmement important, chez tout hypertendu, de les rechercher soigneusement car l'atteinte rénale aggrave le pronostic, « et des réserves s'imposent immédiatement, même si l'évolution de cette néphrite est lente, même si elle paraît stabilisée pendant quelques années » (Riser et Becq, *Journal Médical Français*, février 1939).

L'hypertension est forte avec élévation simultanée de la maxima et de la minima. Le pouls est vibrant.

A l'auscultation du cœur on trouve le plus souvent un bruit de galop.

Si ces lésions sont dépistées avant que la sclérose les ait rendus irréductibles, le malade tirera le plus grand bien du traitement antisypilitique.

Les deux formes cliniques que nous venons de décrire se trouvent fréquemment associées : c'est la

néphro-aortite de Gallavardin. On y trouve entremêlés les signes d'aortite et de défaillance cardiaque et les signes d'insuffisance rénale. La tension artérielle montre, en même temps, qu'une tension systolique très élevée, une tension diastolique pouvant atteindre 14 ou 15.

3.) HYPERTENSION SYPHILITIQUE D'ORIGINE NEURO-HORMONALE.

La syphilis peut-elle intervenir dans les hypertensions de cette origine ?

Nous n'avons aucune preuve clinique ou anatomique nous permettant de l'affirmer. La coexistence d'une syphilis avec une telle hypertension ne saurait suffire. L'épreuve du traitement serait d'un intérêt plus grand.

De toutes façons, si nous ne pouvons délaissier sans examen cette forme d'hypertension, rien ne nous autorise à la classer parmi les hypertensions syphilitiques.

4.) HYPERTENSION SYPHILITIQUE SOLITAIRE.

A été parfaitement décrite par Pellissier auquel nous empruntons l'essentiel de ce chapitre.

A. - FORMES DES JEUNES SUJETS.

Etant donné la rareté de l'hypertension à cet âge, il est logique d'admettre l'influence de la seule syphilis.

1° *Hypertension des hérédo-syphilitiques.* — Hutinel, Nobécourt, Queslier, ont publié des observations

d'hypertension liées à une atteinte rénale et imputables à l'hérédo-syphilis ; E. et S. Beretervide des observations d'hypertension liées à une lésion cardiovasculaire hérédo-syphilitique. Mais c'est Génévrier qui décrit le premier l'hypertension isolée syphilitique héréditaire en insistant sur ce qu'elle était pure, indépendante de toute altération organique. Elle est encore fort mal connue. Elle se révèle par un minimum de signes, puisqu'il ne fut jamais notés aucune céphalée, aucune dyspnée, aucun trouble sensoriel. Les signes d'hérédo-syphilis sont parfois indiscutables, d'autres fois la notion de syphilis se déduit des antécédents familiaux. Contrairement à Génévrier, Magniel n'incrimine pas aussi constamment la syphilis.

Pellissier en décrit un cas dans sa thèse.

Pour tous ces auteurs, toute tension artérielle constamment de deux centimètres au moins supérieure à la normale est pathologique, la tension minima paraissant relativement plus augmentée que la maxima. Un point à noter, signalé par Génévrier et Pellissier, c'est que le traitement le mieux conduit n'a jamais amené d'abaissement de la tension. Pour eux, cette hypertension est hérédo-syphilitique par l'intermédiaire de lésions assez peu spécifiques pour n'offrir aucune prise au traitement anti-syphilitique.

2° Hypertension précoce de la syphilis acquise. —
La syphilis acquise peut, elle aussi, créer une hypertension isolée chez des adultes jeunes : le fait est

démontré par Milian, Brin et Giroux, ces deux auteurs ayant publié un cas d'hypertension secundo-tertiaire. Dumas, de Lyon, a consacré une partie de son mémoire à cette forme précoce et présente deux cas typiques. Pellissier, dans son travail, en présente une nouvelle observation. Ces faits sont du reste exceptionnels car, aux stades précoces de la syphilis, l'hypotension ou une pression normale sont la règle, l'hypertension étant très rare. Celle-ci, dit Dumas, est d'évolution variable, mais elle dure. Elle ne serait pas, pour cet auteur, de pronostic sévère. Il ne rejette pas l'intervention d'un trouble endocrino-sympathique mais penche vers l'hypothèse d'une artérite diffuse syphilitique.

B. - FORME PURE DES SYPHILITIQUES ANCIENS.

L'hypertension isolée et permanente apparaît chez les syphilitiques d'ancienne date avec une singulière fréquence.

C'est dans ces cas qu'on est d'accord pour toujours chercher la syphilis, certains allant jusqu'à ordonner un traitement spécifique en l'absence d'une étiologie sûre. Sur 60 hypertendus, Pellissier a trouvé 16 syphilitiques anciens, dont 9 femmes et 7 hommes. Cette proportion se rapproche des taux statistiques de syphilis dans la population considérée comme normale. Il est bon, en outre, d'établir, si possible, le délai écoulé depuis la primo-infection. Celui-ci évolue, en général, de 24 à 40 ans après le chancre. La longue tolérance de l'hypertension syphilitique est

signalée par plusieurs auteurs, Vaquez et Leconte en particulier. Lian ne leur assigne pas une évolution particulière, Bonnot fait preuve d'éclectisme, Dumas paraît tenir un compte plus exact de la réalité clinique en montrant que ces hypertendus courent avant tout le danger d'une artérite cérébrale surajoutée.

Enfin, pour certains, le taux très élevé de l'hypertension serait spécial à cette forme : c'est l'avis notamment de Merklen et Heuyer, Lian et Chabanier. Pellissier est d'un avis contraire.

II. - D'APRES L'EVOLUTION

I.) HYPERTENSION SYPHILITIQUE MALIGNE.

Les sujets jeunes sont spécialement frappés par ces hypertensions qui les entraînent rapidement à la mort, surtout ceux qui ont une hérédité chargée, dans les familles desquels on retrouve des hypertendus morts jeunes.

On est porté à considérer actuellement ces formes malignes comme particulièrement fréquentes quand la syphilis se retrouve à la base de l'hypertension. Hodannger, dans sa thèse, nous dit : « De même que la notion d'hypertension héréditaire aggrave le pronostic, l'étiologie syphilitique vraisemblable, ou la coexistence d'une syphilis semble être un facteur de gravité. Pellissier a bien constaté cela et publié plusieurs cas d'hémorragies cérébrales mortelles chez des hypertendus syphilitiques relativement jeunes. »

Ces hypertensiones peuvent parfois ne pas être malignes d'emblée et on voit des maladies bien supportées se transformer secondairement en hypertension rapidement mortelle.

Le professeur Riser, MM. Becq et Dardenne ont, tout récemment, étudié, avec beaucoup de soin, les signes de malignité de l'hypertension et concluent :

« Nous admettons une forme clinique primitivement maligne de l'hypertension artérielle. Mais nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une véritable « maladie » autonome; n'importe quelle forme de la maladie hypertensive, quelle que soit son origine et sa pathogénie, peut aboutir à la malignité plus ou moins rapidement, d'emblée ou secondairement. »

Parmi les signes traduisant la malignité, nous retiendrons les troubles vasculaires hémorragiques.

Les hémorragies cérébrales sont les plus graves, soit qu'elles s'établissent brutalement en hémorragie foudroyante, soit qu'elles nous fassent craindre la malignité par « des troubles cérébraux d'alarme » transitoires. « Les ictus se succèdent, souvent très minimes, mais aggravent chaque fois un peu plus le trouble neurologique ou mental » (Riser, Becq, Dardenne).

Le malade peut également sombrer dans la cachexie après une période plus ou moins longue d'anémie et d'amaigrissement.

Enfin il faut laisser, dans cette hypertension maligne, une large part aux troubles rénaux et cardiaques.

Le bilan de la fonction rénale chez tout hypertendu doit être établi avec soin, que l'atteinte du rein soit antérieure à l'hypertension ou secondaire.

De même une tachycardie permanente, de fréquentes extra-systoles, la dilatation des cavités gauches constatée à la radio et l'établissement de signes d'insuffisance cardiaque seront de très mauvais augure.

Les données sphymomanométriques ne sont pas non plus négligeables. Dans l'hypertension maligne, on trouvera le plus souvent une minima élevée, signe qui deviendra particulièrement sérieux si la maxima fléchit.

Enfin une tension irrégulière, présentant de grandes poussées sur un fond d'hypertension permanente fera craindre aussi la malignité de l'affection.

Il est du plus grand intérêt de dépister ces formes malignes en cas d'étiologie syphilitique, car nous avons en mains des moyens thérapeutiques actifs qu'il nous faudra mettre en œuvre avec une grande rapidité.

2.) HYPERTENSION AIGUE.

Les crises d'hypertension paroxystique s'accompagnent de tous les troubles fonctionnels habituels de l'hypertension : céphalées, troubles nerveux et sensoriels, dyspnée. L'examen de la tension fait immédiatement le diagnostic.

Elles semblent, comme l'hypertension maligne, particulièrement fréquentes chez les sujets jeunes.

Nous n'avons pas retrouvé d'observations signalant des hypertensions paroxystiques sur un fond de tension normal, dans l'étiologie particulière qui nous intéresse. Par contre, nombreuses sont les élévations brusques de tension chez des hypertendus avérés ; nous venons de voir que ces accidents sont des signes précurseurs d'accidents plus graves.

Nous ne voulons pas envisager cette question sans signaler les hypertensions paroxystiques qui se produisent au cours du tabès. Il s'agit, le plus souvent, de sujets déjà hypertendus, mais non obligatoirement. Pal en a donné de nombreuses observations, très détaillées. Heitz s'est également intéressé à la question. Bascourret en a observé quelques-unes qui ont varié l'une de 13-9 à 18-11, l'autre de 17-9 à 22-11 dans l'espace d'une demi-heure pour la première, vingt minutes pour la seconde. Ces accidents se produisent dans le cours des crises douloureuses fulgurantes du tabès, elles seraient particulièrement fréquentes dans les crises gastriques.

3.) HYPERTENSION CHRONIQUE.

C'est celle que nous avons prise pour type de notre description clinique.

Elle est heureusement la plus fréquente, même chez les jeunes et le type habituel après la cinquantaine.

Susceptible de régresser sous l'influence du traitement, elle est parfois supportée sans accidents pendant des années.

III. - SUIVANT L'AGE

Comme nous l'avons déjà vu, les formes de l'adulte jeune sont plus sérieuses souvent que celles de la vieillesse. Les signes sont plus intenses, les accidents plus dramatiques.

Il existe une forme de l'enfance à laquelle s'est intéressé Nobécourt et qui relève de l'hérédo-syphilis. Pellissier, chez les enfants, met souvent la syphilis en cause et Maigniel en rapporte deux cas chez des enfants avec évolution mortelle.

Ajoutons que l'hypertension des jeunes adultes, relevant d'hérédo-syphilis ou de syphilis acquise récente est plus sensible au traitement que celle des syphilitiques anciens dont les scléroses sont définitivement organisées.

DIAGNOSTIC

Formuler le diagnostic d'hypertension syphilitique n'est pas toujours une tâche facile. Elle sera bien simplifiée dans le cas où cette hypertension accompagne une affection d'origine syphilitique probable.

Sans s'inquiéter si l'hypertension est primitive ou secondaire, nous ne verrons en elle qu'un symptôme au milieu de tous les symptômes de la maladie en cause. Il suffira d'essayer de faire la preuve de l'étiologie syphilitique de cette maladie.

Le problème, par contre, devient beaucoup plus complexe lorsqu'il s'agit d'hypertension solitaire.

Il faut d'abord démontrer l'intégrité des appareils cardio-vasculaire, rénal et endocrino-sympathique.

Un examen sérieux nous renseignera sur les deux premiers, le troisième restera souvent dans l'ombre.

Puis nous rechercherons la syphilis :

stigmates d'une hérédo-syphilis;

reliquats d'une syphilis ancienne;

manifestations d'une syphilis secondaire ou nerveuse.

Les réactions sérologiques seront faites dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Mais nous avons déjà vu ce qu'il faut penser d'une réaction de Wassermann négative. Toutes ces recherches étant faites, il reste encore à acquérir la certitude qu'il y a bien hypertension syphilitique et non hypertension et syphilis.

Quels facteurs pourraient donner naissance à une hypertension solitaire ?

On sait la fréquence de l'hypertension dans certaines familles. Le professeur Vaquez insiste sur la fréquence de l'influence familiale. Il existe des familles d'hypertendus. Quel rôle l'hérédo-syphilis joue-t-elle dans cette hypertension familiale ?

Magniel, parlant de l'hypertension artérielle du jeune âge, nous dit :

« Le rôle de l'infection tréponémique à cet âge ne pourrait être invoqué qu'à titre d'hérédo-syphilis; or, la plupart des observations n'en ont montré aucun signe et presque toujours la réaction de Bordet-Wasserman a été négative. »

Nous lisons par contre dans la thèse d'Hodanger :
« Notre maître Laubry met volontiers la syphilis en avant comme cause héréditaire de l'hypertension. »

A l'origine de certaines hypertensions solitaires on trouve aussi des conditions de diététique et d'hygiène défectueuses. Les pléthoriques, les obèses, gros mangeurs, sont souvent hypertendus.

Enfin, on peut rapporter un grand nombre de cas à des troubles de la crase sanguine, à un déséquilibre du système endocrino-sympathique, toutes causes qui échappent à nos moyens d'investigation.

C'est pourquoi beaucoup d'auteurs considèrent que l'hypertension artérielle syphilitique est une affection rare et dont l'existence n'est pas absolument certaine.

A ce sujet, il nous semble que l'épreuve du traitement est un excellent moyen de diagnostic. Ce traitement peut faire régresser sinon toujours l'hypertension, au moins les troubles qu'elle entraîne. C'est une forte présomption en faveur de l'origine syphilitique.

PRONOSTIC

De tout ce que nous venons de voir il résulte que l'hypertension artérielle est une affection grave « qu'on oppose un groupe d'hypertendus à un groupe d'autres individus, choisis dans des conditions analogues mais sans hypertension, il est certain que la moyenne de la survie sera très probablement écourtée dans le premier » (Gallavardin).

Nous avons déjà remarqué que ce pronostic est particulièrement sombre si l'on en croit la majorité des auteurs, dans le cas particulier de l'hypertension syphilitique.

L'hypertension artérielle des adultes jeunes reste beaucoup plus sérieuse et « la plupart des hypertensions artérielles évoluant vers la mort apparaissent chez des sujets jeunes, de vingt à quarante ans, surtout s'il s'agit d'hypertension artérielle « primitive » non secondaire à une néphrite » (Riser, Becq, Dardenne).

Au contraire, des sujets âgés supportent souvent plus de dix ans des hypertensions de chiffres élevés.

Bien entendu, cette distinction n'est qu'un argument dans le pronostic qui ne peut être établi sur le seul facteur de l'âge.

Remarquons aussi que les crises paroxystiques, qu'elles surviennent chez un individu normal ou chez un hypertendu chronique resteront toujours de mauvais augure.

Mais, dans l'établissement d'un pronostic, on devra surtout tenir compte :

de l'état des vaisseaux, l'endartérite périphérique est malheureusement trop fréquente au cours de la syphilis ;

de l'état du cœur et de l'état du rein.

L'étude des complications cardiaques et rénales nous a montré à quel point un examen complet du cœur et un bilan exact de la fonction rénale étaient indispensables. Ils seront du reste nécessaires avant le traitement anti-syphilitique qui, s'il est possible de l'établir, reste le meilleur facteur d'amélioration.

TRAITEMENT

L'indication thérapeutique justifie toute l'importance que nous avons donnée à l'établissement d'un diagnostic de syphilis chez un hypertendu.

Nous n'excluons pas le traitement classique de l'hypertension et les malades tireront toujours le plus grand bénéfice d'une hygiène, d'un régime et de cures hydro-minérales. Mais il est évident que le traitement étiologique d'un syndrome quel qu'il soit reste le traitement actif, lorsqu'on est certain de la réalité de l'étiologie.

« Quand la syphilis est certaine, ou même probable, la conduite à tenir ne se discute pas ; on doit traiter ces malades comme des syphilitiques certains ou possibles (traitement prolongé ou d'épreuve), à condition toutefois que leur myocarde ne soit pas déficient. On utilisera les médicaments habituels : arsenic, bismuth, mercure, mais une place de choix doit être réservée ici à l'iode. » (Riser et Giraud.)

Rappelons, du reste, qu'une longue discussion à ce propos s'était instituée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en novembre et décembre 1937.

Tour à tour, Donzelot Clerc, Mouquin, Lian avaient abordé ce sujet et c'est en partie des conclusions de ces différents auteurs que nous nous sommes inspirée pour la rédaction de ce chapitre.

Sézary et Heitz se sont attachés à établir l'action du traitement spécifique sur la pression artérielle. Ils ont constaté que sur 80 syphilitiques traités, la pression s'était élevée dans 17 cas, maintenue dans 20 cas, abaissée dans 46 cas. Lorsque la pression s'était abaissée, il s'agissait le plus souvent de sujets hypertendus.

Aussi, le traitement spécifique n'a-t-il pas la même influence heureuse sur tous les cas traités. Il est des hypertendus chez qui la sclérose, définitivement organisée, résiste toujours au traitement. Parfois, seuls, cèdent les troubles fonctionnels tandis que les chiffres de tension restent obstinément élevés.

Enfin, dans les cas particulièrement favorables, quelques injections suffisent à amener la chute de la tension. Il faut cependant continuer avec patience, car il est fréquent de voir l'hypertension se reproduire après cessation du traitement.

Enfin, il faut, comme toujours, être très prudent dans la conduite de la thérapeutique antisypilitique et ne jamais perdre de vue que ses indications sont conditionnées par l'état du cœur, du rein et du foie.

CHOIX DU MEDICAMENT

L'ARSENIC.

Toujours employé dans le traitement de la syphilis à toutes les périodes, l'arsenic sera le médicament de choix lorsque nous aurons affaire à des sujets jeunes, atteints de syphilis récente.

Le traitement sera alors institué suivant les règles classiques du traitement d'attaque. On utilisera les sels arsenicaux trivalents, moins dangereux que les pentavalents et d'action plus durable.

Mais la cure arsenicale doit être précédée d'un examen sérieux du malade. Ce qui importe, c'est l'état du myocarde, du rein et du foie. La surveillance ne doit jamais se relâcher dans le courant de la cure.

On injectera des doses de novarsénobenzol progressivement croissantes, en débutant à 0 gr. 15 jusqu'à atteindre un centigramme et demi par kilogramme, ce qui fait 0,90 pour un sujet de 60 kilos.

On pourra ainsi injecter par exemple 0,30 le premier jour, 0,45 le troisième jour, 0,60 le septième, puis toutes les semaines 0,75, 0,90, 0,90...

Certains médecins plus prudents ne dépassent pas 0,45 par dose, la répétant quatre ou cinq fois, jusqu'à une dose totale de 3 grammes.

En cas d'accident (crise nitritoïde à forme plus ou moins grave, que l'on traitera par l'adrénaline, l'éther, l'huile camphrée), on doit diminuer les doses ; on peut même être amené à interrompre le

traitement pour remplacer l'arsenic par le mercure ou le bismuth.

Cette cure arsenicale ne doit pas être unique, car il est plus dangereux d'établir chez une syphilitique un traitement insuffisant que de n'en pas établir.

Quelques injections isolées de 606 ou de 914 peuvent créer une arséno-résistance qui sera par la suite préjudiciable au malade.

LE BISMUTH.

L'arsenic est dans le traitement de la syphilis récente un des meilleurs agents thérapeutiques ; cependant, certains syphiligraphes ont constaté que son action, qui négative rapidement le Wassermann, n'est pas toujours très durable et préfèrent un traitement conjugué arsenico-bismuthique.

Dans l'intervalle des injections de 914, on place une, puis deux injections de bismuth jusqu'à la dose maxima totale de 1 gr. 50 par série.

Le bismuth employé seul, ne saurait servir de traitement d'attaque, il donne d'excellents résultats dans les cures d'entretien.

Le principal intérêt de la médication bismuthique est « sa remarquable tolérance qui a permis de traiter sans inconvénients des sujets ayant un bruit de galop, ayant eu des accès de dyspnée, de la dyspnée d'effort ou de décubitus » (Barbier).

Il serait également particulièrement actif dans l'aortite syphilitique où il améliore à la fois les

troubles fonctionnels et les signes physiques (Laubry et Bordet).

On utilise le plus souvent les sels insolubles : Quinby (iodo-bismuthate de quinine) et Muthanol (hydroxyde de bismuth).

Les préparations solubles en injections intra-musculaires sont très douloureuses et provoquent de vives réactions locales.

Quel que soit le sel de bismuth utilisé, une surveillance étroite du malade est nécessaire, portant particulièrement sur l'état de la bouche (stomatite) et sur les urines (albuminurie, symptômes d'alarme d'une néphrite).

LE MERCURE.

Son action n'est pas à négliger et beaucoup de syphiligraphes et surtout de cardiologues l'associent à l'arsenic ou au bismuth dont il peut renforcer l'action.

On utilise surtout les sels solubles : cyanure de mercure par voie intra-veineuse à la dose quotidienne de 0 gr. 01. « Vaquez et Laubry signalent, dans les aortites et les ectasies, une sédation manifeste des troubles fonctionnels et parfois la diminution du diamètre transversal d'une aorte dilatée ; pour certains auteurs même (Lacapère), le cyanure influencerait souvent mieux que les arsénobenzènes certaines syphilis cardio-vasculaires, à condition de prolonger suffisamment le traitement. » (Barbier.) Le biiodure ou le benzoate de mercure sont parfois

utilisés en injections intra-musculaires chez des cardiaques mal compensés.

Quelle que soit la voie utilisée, il faudra ici comme pour l'arsenic et le bismuth, surveiller étroitement le malade.

D'après certains, l'idéal serait, du reste, de commencer tout traitement « sérieux » d'une hypertension syphilitique par une série de cyanure, puis l'arsenic, sous la forme que l'on préfère, afin d'éviter toute réactivation, si grave dans les formes artérielles de la syphilis.

LES IODURES.

Ils sont considérés par Riser et Géraud comme un médicament particulièrement intéressant dans l'hypertension artérielle syphilitique, bien que l'iodure ne soit pas réellement un médicament anti-syphilitique.

On l'utilise le plus souvent par voie buccale (0 gr. 50 à 2 gr. d'iodure de potassium, dix jours par mois).

Dans le sirop de Gibert, il est associé au biiodure de mercure. C'est un médicament facile à employer.

CONDUITE DU TRAITEMENT

I. - TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION SYPHILITIQUE SANS INSUFFISANCE CARDIO-RENALE.

Nous agirons différemment suivant que nous nous adresserons à une hypertension solitaire ou à une aortite syphilitique bien compensée.

1° TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION SOLITAIRE.

Si nous avons affaire à un sujet jeune, atteint récemment de syphilis, nous avons vu qu'il faut immédiatement un traitement d'attaque constitué essentiellement par l'arsenic.

Nous ne rappellerons pas les doses utilisées ; disons seulement qu'il faut commencer prudemment par des doses faibles et les augmenter progressivement, prêts à baisser si le malade présente le moindre signe d'intoxication. On procède par séries répétées toutes les trois ou quatre semaines. Il est dangereux de trop espacer les différentes séries les unes des autres.

On peut, pour obtenir un effet durable, y associer le bismuth.

« Précocité, intensité et longue durée du traitement sont donc trois conditions indispensables pour obtenir un résultat efficace. » (Toinon.)

S'il s'agit de sujets, âgés, anciens syphilitiques, il faut rester prudent, les accidents cardio-rénaux peuvent toujours se produire et d'autre part les chances sont bien minimes de voir régresser une hypertension qui, du reste, est souvent bien supportée.

2° TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION AVEC AORTITE SYPHILITIQUE.

Voyons ce que disent Vaquez, Laubry et Donzelot sur cette question.

« Le traitement doit être rapide et énergique :

a) cure arsenico-mercurielle : sept à huit injections hebdomadaires atteignant 0 gr. 45 de novarsénobenzol, dose qu'on peut, à la rigueur, dépasser, mais à laquelle les auteurs s'arrêtent d'ordinaire.

Dans l'intervalle de huit jours : une injection de cyanure de mercure tous les deux jours.

b) Cure de mercure et d'iode (préparation huileuse à injection intra-musculaire).

Ce traitement doit être répété tous les trois ou quatre mois dans les premiers temps ; on peut ensuite espacer progressivement les cures.

Les indications et contre-indications doivent être basées sur la résistance générale du sujet, sur l'état de ses reins et surtout sur l'état de son myocarde.

De toute façon, l'action recherchée doit être moins rapide que dans le cas précédent, car on a affaire à des syphilitiques anciens.

On pourra sans crainte suivre les principes suivants :

1° un traitement mercuriel préparatoire, de sécurité, avant de recourir au 914 : 4 ou 5 injections de cyanure de mercure de un demi ou 1 centigramme tous les deux jours ;

2° un traitement arsenical prudent et à posologie réduite : de 0,10 en 0,10, sans dépasser 0,60, par injection et la dose totale de 2 à 3 grammes.

Ce traitement pourra fort bien amener une amélioration des signes fonctionnels — en particulier une atténuation de la douleur.

II. - TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION SYPHILITIQUE COMPLIQUÉE D'INSUFFISANCE CARDIO-RENALE.

Il est absolument contre-indiqué d'instituer un traitement antisyphilitique chez un malade présentant des signes certains de défaillance cardio-rénale, mais, dit Gallavardin, « il est impossible de fixer le point au-delà duquel une lésion spécifique n'est plus influençable par le traitement. Si ce traitement est bien toléré, il y a beaucoup de chances pour qu'il puisse encore être utile ».

a) HYPERTENSION SYPHILITIQUE ET LÉSIONS RÉNALES.

Quand la syphilis a touché le cœur ou l'aorte, elle a presque toujours touché le rein ; il est indispensable, par conséquent, avant de commencer un traitement anti-syphilitique, d'explorer la fonction rénale.

Dans ces cas d'hypertension d'origine néphro-aortique, la plus grande prudence s'impose. Seuls, le mercure et l'iode peuvent être employés sous grande surveillance.

Lorsqu'il s'agit de syphilis rénale, le choix du médicament est particulièrement délicat. Théoriquement, le mercure et le bismuth qui s'éliminent par les reins sont dangereux, leurs préparations solubles seront les moins toxiques.

C'est l'avis émis par Farland (*American Journal of Medical Association*, avril 1924) qui considère le traitement arsenical comme préférable.

Farrand, dans sa thèse, émet la même opinion. Cependant que Lortat-Jacob conseille les sels solubles de bismuth et l'iodo-bismuthate de quinine.

b) HYPERTENSION SYPHILITIQUE ET INSUFFISANCE VENTRICULAIRE GAUCHE.

Le traitement syphilitique, le plus souvent, ne pourra pas être institué. Si on décide de le tenter dans l'espoir de voir régresser les causes de cette insuffisance ventriculaire gauche, il faudra l'associer à une diététique sévère : repos au lit, régime, et aux toni-cardiaques. L'ouabaïne même sera nécessaire en intra-veineuse, car le malade est devenu un cardiaque d'abord, un syphilitique ensuite, ce dernier point passant tout à fait à l'arrière-plan.

Enfin, si le malade est en état d'insuffisance cardiaque totale, il n'est plus un hypertendu, mais un asystolique.

Un traitement syphilitique devient non seulement inutile, mais dangereux. C'est le traitement de l'asystolie qui doit être mis en jeu.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — M. M... Jacques, 54 ans, exerçant la profession de garagiste, vient consulter pour des douleurs précordiales, accompagnées de deux petits accès d'amaurose, de quelques minutes de durée, survenus presque coup sur coup une quinzaine de jours auparavant. Ces douleurs s'accompagnaient d'une sensation d'angoisse sans impression de mort imminente, sans irradiations dans l'épaule ou le bras gauches. Le malade a une vie professionnelle très active, n'a jamais eu de vertiges, est un fort mangeur. Dans les antécédents, ni rhumatisme articulaire aigu, ni maladies infectieuses. Il nie tout éthylisme. Il reconnaît avoir eu à l'âge de 21 ans un chancre syphilitique qui fut très mal soigné : une seule série de 6 injections intra-musculaires d'un médicament qui n'a pu être précisé. Il a une femme et deux enfants en parfaite santé.

A l'examen du cœur, éréthisme cardiaque net, aussi bien à l'inspection qu'à la palpation.

A l'auscultation, bruits cardiaques très claqués, tant à la pointe qu'à la base ; ni souffle, ni bruit de galop, ni trouble du rythme. La tension artérielle, à

l'appareil de Vaquez, est de : maxima 25 ; minima 12 1/2 au repos. Le pouls bat à 76 à la minute. Les autres appareils sont normaux : pas d'anomalies des réflexes tendineux et pupillaires. Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

B.-W., Hecht-Jacobsthal, positifs dans le sang ;

Urée sanguine : 0 gr. 54 ;

Cholestérine : 2 gr. 33 ;

Glycémie : 1 gr. 12.

On fait tout d'abord une série de cyanure de mercure intra-veineux : 10 injections à raison de trois par semaine, suivie d'une série progressive de 914 commençant à 0 gr. 15. et finissant à 0 gr. 90 sans aucun incident.

Au bout de ce temps, les signes fonctionnels de douleurs précordiales et d'angine avaient totalement disparu. La tension artérielle était de 20-11 1/2. Urée sanguine : 0,43. Cholestérine : 1 gr. 85. Depuis ce moment, le malade a suivi un traitement énergique antisyphilitique à base d'arsenic et de bismuth en séries alternées. Le B.-W., devenu rapidement négatif, l'est continuellement resté, le malade est suivi régulièrement depuis deux ans et demi. Sa tension maxima reste fixée aux environs de 20. Il a fait, pendant 1939, une assez grave congestion pulmonaire gauche qui n'a donné lieu à aucune réaction fâcheuse d'ordre cardio-vasculaire ou artériel. Les orthodiagrammes du cœur, pratiqués récemment (février 1941), ont montré l'existence d'une assez

forte hypertrophie ventriculaire gauche avec flèche accentuée (2 c. 8). L'aorte est très opaque, sans plaque d'athérome. Le diamètre de la portion ascendante est de 3 c. 7. La portion descendante est assez nettement déroulée.

Obs. 2. — M. V... Ap., âgé de 62 ans, cordonnier.

Il entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 20 mars 1941, pour vertiges et céphalées.

Dans ses antécédents, on ne relève aucune maladie : ni scarlatine, ni rhumatisme articulaire aigu. Il est marié, sans enfants, sa femme n'a jamais eu d'avortement.

A 33 ans, il a présenté un chancre génital dont il porte la cicatrice. A cette époque, il a subi un début de traitement, consistant en quelques piqûres intra-veineuses dont on n'a pu préciser la nature et qui a été rapidement interrompu.

Ce traitement n'a jamais été repris depuis.

Actuellement, le malade se plaint de céphalées violentes à prédominance occipitale et matinale. Il est sujet à des vertiges souvent assez intenses pour occasionner des chutes.

A l'examen, on note une cicatrice à peine visible dans le sillon balano-préputial.

Le cœur est de volume normal.

A l'auscultation : bruit de galop.

La tension artérielle est de 24-12 à l'appareil de Vaquez. L'appareil pulmonaire est normal.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Appareil nerveux : pas d'inégalité pupillaire. Pas d'Argyll. Réflexes normaux.

L'examen du sang montre :

une réaction de Bordet-Wasserman fortement positive.

Azotémie : 0 gr. 38.

L'examen du liquide céphalo-rachidien indique :
4 lymphocytes par mm³.

Réaction de Bordet-Wasserman : négative.

Un traitement à l'iodure a été institué. La tension était, après huit jours : 21-12.

Un traitement au cyanure de mercure commence alors, que le malade suivra à la consultation de dermatologie.

Il sort le 29 mars.

CONCLUSIONS

I. - La syphilis est un facteur de l'hypertension artérielle auquel on doit songer. Tous les auteurs lui font place dans leur étiologie, si tous ne s'accordent pas sur la fréquence avec laquelle elle intervient.

Particulièrement fréquente au cours de la syphilis acquise ancienne, à la période du tabès et de la paralysie générale, l'hypertension peut aussi se voir en pleine période secondaire ou quelques mois après le chancre.

De nombreux cas en ont été publiés dans l'hérédosyphilis, en particulier chez les enfants, chez qui elle peut revêtir une forme particulièrement grave.

II. - L'hypertension artérielle syphilitique se présente en clinique sous de multiples formes. On peut la trouver associée à d'autres affections d'origine sy-

philitique : aortite, néphrite, syphilis nerveuse. Elle peut également être une manifestation isolée chez des sujets qui sont uniquement des syphilitiques et des hypertendus.

III. - Si le diagnostic d'hypertension syphilitique est simple, quand l'on est en présence d'une aortite ou d'une néphrite hypertensive syphilitique certaine, il n'en est plus de même quand on a affaire à une hypertension solitaire.

Il faut, après avoir établi l'existence d'une syphilis héréditaire ou acquise (ce qui souffre parfois des difficultés), éliminer toutes les causes autres d'hypertension. On n'arrivera pas toujours à la certitude.

IV. - L'hypertension artérielle syphilitique est une affection sérieuse dont il existe des formes malignes soit d'emblée, soit secondairement. Son évolution est variable suivant les formes cliniques ; souvent, en particulier dans les syphilis acquises anciennes, elle mettra des années avant de causer des troubles graves ; mais son pronostic, à plus ou moins brève échéance, reste sombre.

V. - Ce pronostic peut être amélioré sensiblement par un traitement antisypilitique bien conduit. Evidemment, il s'en faut de beaucoup que ce traitement produise toujours une diminution appréciable et durable de l'hypertension. Il y a des cas moins heureux où l'on n'obtient pas d'amélioration ou une

amélioration simplement transitoire. Mais nous pensons que les résultats obtenus sont suffisants pour exiger la recherche d'un diagnostic étiologique précis dans tous les cas d'hypertension.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse,*

AUBERTIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Doyen de l'Académie des Sciences,

Chargé des fonctions de Recteur

de l'Académie de Paris,

MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALVAREZ. — L'hypertension artérielle permanente et son traitement.
- AMBLARD. — Renseignements étiologiques fournis par la sphymométrie dans l'insuffisance aortique. (*Presse Médicale*, 12 mai 1933.)
- L'hypertension suivant l'âge. (*Paris Médical*, 5 juin 1923.)
- AUDRY et NANTA. — Traitement de l'hypertension artérielle syphilitique par les arsénobenzols. (*Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1917.)
- BASCOURRET. — Troubles vasculaires dans le tabès. (*Thèse Paris*, 1927.)
- BARBIER. — Mercure-Arsenic-Bismuth dans le traitement actuel de la syphilis chez l'adulte. (*Thèse Paris*, 1923.)
- BAZOGÉ. — L'hypertension artérielle syphilitique solitaire. (*Thèse Paris*, 1925.)
- BERNOL (P.). — Crises hypertensives. (1 vol. D. 1934.)
- BORDET. — La thérapeutique spécifique chez les cardiaques. (*Bulletin Médical*, 29 déc. 1923.)
- Les images radioscopiques du cœur et de l'aorte dans l'hypertension. (*Prat. Méd. française*, Paris, 1925.)
- BRENNIÉL. — L'hypertension d'origine syphilitique chez les enfants. (*Thèse Paris*, 1924.)

BRIN et GIROUX. — Hypertension artérielle et syphilis. (*Cours Médical*, 8 juillet 1922.)

— *Archives des maladies du cœur*, janvier 1925.

FROUARDEL, GIROUX et BONNET. — Hypertension artérielle syphilitique secondaire. (*Paris Médical*, août 1933.)

CERIO (A.). — *Archives des maladies du cœur*, janvier 1925.

CLERC. — Le problème de l'hypertension permanente en clientèle. (*Bulletin Médical*, juillet 1922.)

DONZELOT et KISTHINIOS. — La tension artérielle. (1 vol., Masson, 1935.)

DUMAS. — Hypertension syphilitique solitaire. (*Paris Médical*, 5 juillet 1924.)

— Les trois phases de la maladie hypertensive. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 septembre 1931.)

— La maladie hypertensive. Considérations étiologiques et thérapeutiques. (*Presse Médicale*, n° 7, janvier 1931.)

ETIENNE et SPILLMANN. — XIV^e Congrès de Méd. de Bruxelles, 1920.

ETIENNE et TRÉMOLIÈRE. — Pseudo-tabès variable par hypertension. (*Société de Médecine des Hôpitaux*, 1910.)

FIESSINGER. — Les formes curables de l'hypertension artérielle permanente. (*Académie de Médecine*, 16 avril 1912.)

— Notions pratiques sur l'hypertension artérielle. (*Journal des Praticiens*, 4 mai 1918.)

GALLAVARDIN. — La tension artérielle en clinique. (Masson, 1920.)

GÉNÉVRIER. — L'hypertension artérielle infantile. Stigmates d'hérédosyphilis. (*Bulletin Médical*, 14 février 1925.)

— L'hypertension et la syphilis chez l'enfant et l'adolescent. (*Soc. de Pédiatrie*, 8 juillet 1924.)

GÉNÉVRIER et BRENNIEL. — Hypertension artérielle infantile et hérédosyphilis. (*Soc. de Pédiatrie*, 8 juillet 1924.)

GRENET et PELLISSIER. — Les syphilis viscérales tardives. (1 vol., Masson, 1927.)

- HEITZ et NORERO. — De la tension artérielle chez les tabétiques.
Etude des modifications qu'elle peut subir sous l'influence des
crises gastriques et des douleurs fulgurantes. (*Archives des
mal. du cœur*, 1908.)
- HODANGER. — Contribution à l'étude des hypertensions artérielles
des adultes jeunes. (Travail du Service du docteur Laubry.)
Thèse Paris, 1930.)
- HORINE (E.-F.) et WEISS (M.-M.). — *American Heart Journal*,
oct. 1930, t. VI.)
- HUTINEL. — Néphrite chronique interstitielle hypertensive chez
l'enfant. (*Gaz. des Hôp.*, 17 oct. 1923.)
- LANGERON. — Hypertension artérielle d'installation brusque et
de caractère irréductible chez une syphilitique. (*Archives des
maladies du cœur*, mai 1934.)
- LAUBRY et BORDET. — De la valeur de la médication bismuthée
et de la place qu'elle doit tenir dans le traitement des aortites
syphilitiques. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 décembre 1922.)
- LEGRAIN. — Les hypertensions syphilitiques. (*Thèse Paris*, 1925.)
- LEGRAND. — La petite hypertension diastolique dans l'hérédo-
syphilis de l'adulte. (*Archives des Maladies du Cœur*, juin
1926.)
- LERICHE. — Réflexions sur le traitement chirurgical de l'hyper-
tension artérielle d'après 19 cas. (*Presse Médicale*, 30 mars
1938.)
- LETULLE et BARJON. — Réaction de Wasserman et syphilis latente
au cours des cirrhoses et des néphrites chroniques. (*Presse Mé-
dicale*, 21 sept. 1912.)
- LEVISON (L.-A.). — Résultats du traitement anti-syphilitique dans
l'hypertension artérielle des syphilitiques. (*Journ. Amer. Med.
Ass.*, 2 sept. 1916.)
- LIAN. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*,
2 décembre 1927.
- LIAN et FINOT. — L'hypertension artérielle. (Paris, 1924.)

- LIAN et LAMBLING. — L'hypertension et l'artério-sclérose. Leurs rapports cliniques et pathogéniques. (*Journ. Méd. français*, mars 1924.)
- LIAN et VERNES. — Du rôle étiologique de la syphilis dans les aortites et dans la néphrite hydrurique. (*Presse Méd.*, 14 mars 1914.)
- LORTAT-JACOB. — Les indications du traitement anti-syphilitique tirées de l'état du rein. (*La Méd.*, 1923-24.)
- MAC LESTER (J.-S.). — Enquête clinique. (*Americ. Journ. of Syphilis*, oct. 1917.)
- MAGNIEL. — L'hypertension artérielle du jeune âge. (*Paris Médical*, 20 septembre 1924.)
- Syndrome angineux terminal chez une jeune femme grande hypertendue. (*Prat. Méd. française*, janvier 1927.)
- MATTEI (C.). et TOINON (C.). — *Bulletin Gén. de Thérap.*, août-septembre 1927.)
- MARIANO CASTEX. — Hypertension artérielle. (1 vol., Buenos-Ayres, 1930.)
- PAL. — *Die Gefäss Krisen* (1905).
- Les crises vasculaires. (Vienne, 1914.)
- PARVU. — Traitement de la syphilis cardio-vasculaire. (*Thèse Paris*, 1920.)
- PELLISSIER. — L'hypertension artérielle solitaire. (*Thèse Paris*, 1927.)
- PERRIN et RICHARD. — Hypertension artérielle. (Baillière et Fils, 1 vol., 1930.)
- PÂSTEUR VALLÉRY-RADOT, BLONDIN (S.); ISRAËLI (R.), et CACHIN — Théorie sur l'origine de l'hypertension artérielle. (*Presse Médicale*.)
- PINARD (M.) et CORBILLON (M^{me}). — Hypertension juvénile et syphilis camouflée. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 30 avril 1937.)

RENAULT (M.-P.). — Le traitement antisypilitique dans les hypertensions artérielles. (*Soc. Méd. Chir. des Hôpitaux libres*, 3 décembre 1935.)

RICHARD (M.-G.) [de Royat]. — Nouvelles recherches sur l'hérédité de l'hypertension artérielle. (*Presse Médicale*, 30 avril 1938.)

RISER et BECQ. — Physio-pathologie générale des hypertensions artérielles. (*Journ. Méd. français*, février 1939.)

RISER, BECQ et DARDENNE. — Les facteurs et signes de malignité de l'hypertension artérielle. (*Journ. Méd. français*, févr. 1939.)

RISER et GÉRAUD. — Traitement de l'hypertension artérielle. (*Journ. Méd. français*, février 1939.)

SÉZARY et HEITZ. — Action des médications spécifiques sur la pression artérielle des syphilitiques. (*Soc. Méd. H^p. de Paris*, 8 mai 1928.)

STOLL. — Le rôle de la syphilis dans les maladies cardio-vasculaires hypertensives. (*Amer. Journ. of the Med. Science*, août 1925.)

TOINON. — Hypertension artérielle et syphilis. Contribution à l'étude de leurs rapports. (*Thèse de Montpellier*, 30 juin 1923.)

VANNIER. — La néphro-aortite syphilitique. (*Thèse de Paris*, 1933.)

VAQUEZ, BORDET et DONZELOT. — Traitement des aortites syphilitiques. (*XIV^e Congrès Méd. Bruxelles*, 1920.)

VAQUEZ, LAUBRY, DONZELOT. — *XIV^e Congrès français de Médecine de Bruxelles*, 1920.)

VAQUEZ et LÉCONTE. — Le passé, le présent et l'avenir des hypertendus. (*Paris Médical*, 2 juillet 1921.)

VAQUEZ et GLEY. — La pression moyenne de l'homme. (1 vol., Masson, 1936.)

VITAL, LASSANCE. — Hypertension artérielle. (1 vol., Maloine, 1931.)

TABLE DES MATIÈRES

ETIOLOGIE	17
PATHOGÉNIE	23
ETUDE CLINIQUE	29
FORMES CLINIQUES	39
— d'après l'origine	39
— d'après l'évolution	47
— d'après l'âge	51
DIAGNOSTIC	53
PRONOSTIC	57
TRAITEMENT	59
OBSERVATIONS	69
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	77

IMPRIMERIE SPECIALE DE LA LIBRAIRIE ARNETTE
